

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung zur Teilnahme

am Vertrag gemäß § 73c SGB V über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern
im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung
- Amblyopiecreening -

FAX: 0355/35717240

Post: KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Cottbus, Vertragsabteilung, Postfach 10 02 53, 03002 Cottbus

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre/n wir/ich als Sorgeberechtigte/r,

- dass mein/unser Kind über den angegebenen Arzt in den Vertrag gemäß § 73c SGB V zur **Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung** eingeschrieben wird.
- dass mein/unser Kind bei der KNAPPSCHAFT versichert ist
- dass mich mein Arzt in einem persönlichen Gespräch ausführlich über die Inhalte und umfassend über die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer Inanspruchnahme der von dem Vertrag umfassten Leistungen sowie der Vor- und Nachteile einschließlich der möglichen Risiken und Komplikationen der augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung informiert hat.
- dass die Teilnahme an dem Vertrag freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt und eine Bindung für die Dauer dieser augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung besteht.
- dass die Teilnahme mit der vollständigen Leistungserbringung nach diesem Vertrag endet
- dass ich mich/wir uns verpflichte/n, während der Dauer der Teilnahme unseres Kindes für die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrages nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer.

Belehrung über Ihr Widerrufsrecht. Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Cottbus, Vertragsabteilung, Postfach 10 02 53, 03002 Cottbus.

2. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung und in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke:

Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung (Datenschutzmerkblatt) im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten meines/unseres Kindes bin ich/sind habe ich sorgfältig gelesen und bin ich/wir einverstanden.

Ich bin darüber belehrt worden, dass

- sofern ich keine Einwilligung zur Datenverarbeitung, Teilnahme an diesem besonderen Angebot nicht möglich ist.
- dass ich eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt.

Diese Teilnahmeerklärung wird durch den Arzt an die KNAPPSCHAFT übermittelt. Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln die teilnehmenden Ärzte die Daten Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Behandlungstag, Teilnahmedaten, Vergütungsbezeichnung und ihren Wert, Art der Inanspruchnahme, dokumentierte Leistungen und Diagnosen nach ICD-10-GM an die mit der Abrechnung beauftragte KVSA. Die KVSA leitet diese Abrechnungsdaten an die KNAPPSCHAFT weiter. Die KNAPPSCHAFT informiert die KVSA über den aktuellen Stand der Teilnahme, z. B. über das Teilnahmeende.

Des Weiteren bin ich/sind wir mit der Übermittlung des Befundbogens (Anlage 3) an den Kinderarzt einverstanden:

ja nein

Die für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei Ausscheiden meines/unseres Kindes aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Ende der Teilnahme.

Ja, mein/unser Kind nimmt gemäß den Ausführungen an der Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung teil und ich/wir bestätige/n dies mit meiner/unserer Unterschrift. Das Datenschutzmerkblatt sowie die Versicherteninformation habe ich/haben wir erhalten und zur Kenntnis genommen: ich/wir erkläre/n mich/uns mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

T	T	M	M	J	J	J	J

Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzlichen Vertreters

- Vom behandelnden Arzt auszufüllen -

Ich bestätige die Einschreibung dieses Patienten in den Vertrag gemäß § 73c SGB V über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt